

UNIDADE 01



AVALIAÇÃO E MANEJO DOMICILIAR DO DELIRIUM

MÓDULO 19



SÃO LUÍS
2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Reitor – ***Natalino Salgado Filho***

Vice-Reitor – ***Antonio José Silva Oliveira***

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação – ***Fernando de
Carvalho Silva***

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - UFMA

Diretora – ***Nair Portela Silva Coutinho***

AVALIAÇÃO E MANEJO DOMICILIAR DO DELIRIUM

UNIDADE - 01

Copyright @ UFMA/UNA-SUS, 2014

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS À UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Universidade Federal do Maranhão - UFMA

Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS

Rua Viana Vaz, nº 41, Centro, São Luís – MA. CEP: 65052-660

Site: www.unasus.ufma.br

Revisão Ortográfica:

João Carlos Raposo Moreira

Revisão Técnica:

Fabício Silva Pessoa

Leonardo Savassi

Mariana Borges Dias

Revisão Didático-Pedagógica:

Deborah de Castro e Lima Baesse

Paola Trindade Garcia

Normalização:

Bibliotecária Eudes Garcez de Souza Silva

(CRB 13ª Região Nº Registro – 453)

Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA

**Avaliação e manejo domiciliar do Delirium/ Guilherme Emanuel
Bruning; Mauro Binz Kalil; Sati Jaber Mahmud (Org.). - São Luís,
2014.**

15f. : il.

**1. Delirium. 2. Confusão mental aguda. 3. Síndrome cerebral. 4.
Pessoa idosa. 5. UNA-SUS/UFMA. I. Título.**

CDU 616.893

SUMÁRIO

UNIDADE 1	6
1 AVALIAÇÃO E MANEJO DOMICILIAR DO DELIRIUM	6
1.1 O que é delirium	6
1.2 Como avaliar e diagnosticar	7
1.3 Como manejar	11
1.4 Quando referenciar	13
REFERÊNCIAS	14

UNIDADE 1

1 AVALIAÇÃO E MANEJO DOMICILIAR DO DELIRIUM

1.1 O que é delirium

O delirium, também chamado de estado confusional agudo ou síndrome orgânica aguda, caracteriza-se pela presença de flutuações do nível de consciência, com alterações do ciclo sono-vigília e distúrbios de atenção, percepção, pensamento, memória e comportamento. Está entre as mais comuns desordens mentais encontradas em doentes, principalmente idosos e pacientes terminais. Aproximadamente 30% dos pacientes idosos apresentam delirium durante uma internação hospitalar, podendo chegar a 70% em unidade de terapia intensiva. Dados referentes ao domicílio não estão disponíveis. Pacientes idosos com delirium apresentam pior prognóstico, aumentando o risco de demência e de mortalidade (LICHTENFELS; SANTOS; FERNANDES, 2013; BRASIL, 2013; LESLIE et al., 2005). Pode-se classificar o delirium em três tipos:

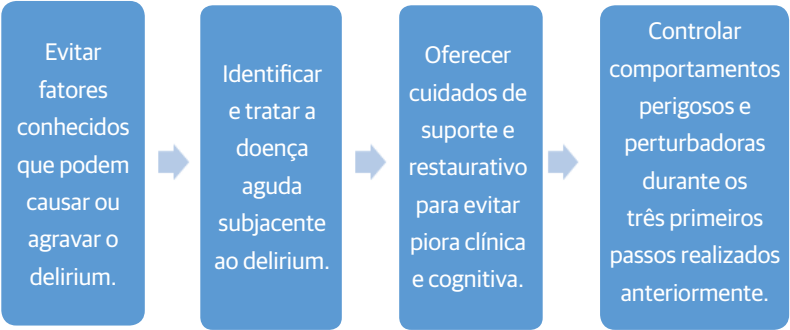
Hiperativo: confusão psicomotora, com ou sem alucinação, ilusão ou mioclonia (pode ser confundido com ansiedade ou epilepsia).

Hipoativo: confusão, com sonolência, com ou sem prostração (pode confundir com depressão). É o tipo mais comum entre pacientes frágeis (doenças oncológicas e neurovegetativas avançadas e nos muito idosos) e o menos reconhecido inicialmente pela equipe.

Misto: sintomas de hiperativo e hipoativo (BRASIL, 2013; LICHTENFELS; SANTOS; FERNANDES, 2013).

1.2 Como avaliar e diagnosticar

O mais importante é prevenir o delirium e, quando presente, tratá-lo precocemente. De acordo com Brasil (2013) e Francis (2013), para auxiliar a equipe de Atenção Domiciliar, há quatro princípios básicos recomendados para prevenir e tratar o delirium:



Durante a avaliação do paciente, é fundamental uma boa anamnese e um exame físico minucioso em busca de uma causa. De acordo com Brasil (2013), Francis (2013), Emanuel e Librach (2011) e Miller (2008), em pelo menos 50% dos casos, é reversível, sendo importante a identificação da causa para tratamento adequado (Quadros 1, 2 e 3).

Quadro 1 - Fatores de risco para delirium.

Idade maior de 65 anos	Déficit visual e/ou auditivo
Gênero masculino	Insuficiência/falência de órgãos
Delirium prévio	Múltiplas doenças crônicas
Prejuízo cognitivo prévio	Desnutrição
Distúrbios do SNC	Dependência funcional

Polifarmácia	Imobilidade
Uso de psicotrópicos	Neoplasias avançadas
Dependência de álcool e drogas	SIDA

Quadro 2 - Medicamentos que podem causar delirium.

Analgésicos	Opioides.
Antibióticos e antivirais	Aciclovir, aminoglicosídeos, anfotericina B, antimaláricos, cefalosporinas, fluorquinolonas, isoniazida, interferon, linezolid, macrolídeos, metronidazol, ácido nalidíxico, penicilinas, rifampicina, sulfas.
Anticolinérgicos	Atropina, difenidramina, escopolamina.
Anticonvulsivantes	Carbamazepina, fenitoína, ácido valpróico.
Antidepressivos	Mirtazapina, ISRS (fluoxetina, sertralina), tricíclicos (amitriptilina).
Antihipertensivos/cardiovasculares	Betabloqueadores, metildopa, diuréticos, digoxina, clonidina, antiarrítmicos.
Corticosteroides	Prednisona, dexametasona.
Agonistas dopaminérgicos	Amantadina, bromocriptina, levodopa, pramipexol, pergolida.
Agentes gastrointestinais	Antieméticos, antiespasmódicos, bloqueador de receptor de histamina-2, loperamida.
Hipoglicemiantes	Glibenclamida, insulina.
Hipnóticos e sedativos	Benzodiazepínicos, barbitúricos.
Relaxantes musculares	Baclofeno, ciclobenzaprina.
Outros com ação no SNC	Dissulfiram, donezepil, lítio.
Quimioterápicos	

Quadro 3 - Potenciais causas de delirium.

Distúrbios hidroeletrolíticos	Hipo/hipercalcemia, hipo/hipernatremia, hipo/hipercalcemia, hipo/hipermagneemia.
Distúrbios metabólicos/endócrinos	Hipo/hiperglicemia, hipo/hipertireoidismo, hipo/hiperparatireoidismo, insuficiência adrenal, hipovitaminoses (B1, B6, B12, ácido fólico).
Doenças sistêmicas	Insuficiência renal/hepática, DPOC, insuficiência cardíaca, anemias.
Infecções	Sepse, meningite, encefalite, pneumonia, pielonefrite, celulite.
Doenças estruturais do SNC	Metástases, lesões cerebrais, TCE.
Outras situações	Desidratação, abstinência ao álcool/drogas, síndromes paraneoplásicas, retenção urinária, fecaloma, dor, uso de sondas e cateteres, isolamento social, estresse físico/emocional.

O diagnóstico de delirium é essencialmente clínico, buscando-se sempre a possível causa. As manifestações clínicas comumente encontradas no delirium são:

Déficit cognitivo global com início ao longo de horas/dias.

Flutuação do nível de consciência: costuma piorar à noite/final da tarde.

Prejuízo da memória: é comum haver amnésia dos eventos. Desorientação em tempo e espaço.

Comportamento estranho: pode estar hipoativo, sonolento e/ou isolado ou estar hiperativo e agitado.

Pensamento desorganizado: em geral, lento e confuso, incoerente ou inapropriado (ex.: palavras).

Distúrbio de percepção: alucinações (ex.: visuais) são comuns.

Variações de humor (ex.: irritabilidade, euforia, choro inapropriado) (SIMON; EVERITT; VAN DORP, 2013; BRASIL, 2013; EMANUEL; LIBRACH, 2011).

A equipe de Atenção Domiciliar poderá utilizar uma **escala de avaliação de confusão mental**, como a “**Confusion Assessment Method**” (CAM) validada para o português e que apresenta boa sensibilidade e especificidade e é de fácil aplicação (BRASIL, 2013; EMANUEL; LIBRACH, 2013).

Quadro 4 - Escala de avaliação de confusão mental (Versão em português da Confusion Assessment Method - CAM).

1. Início agudo		
Há evidência de uma mudança aguda do estado mental de base do paciente? ()		
2. Distúrbio de atenção		
a. O paciente teve dificuldade em focalizar sua atenção, por exemplo, distraiu-se facilmente ou teve dificuldade em acompanhar o que estava sendo dito?		
- Ausente em todo momento da entrevista?	()	
- Presente em algum momento da entrevista	()	
- Presente em algum momento da entrevista, porém breve	()	
- Presente em algum momento da entrevista, de forma marcante	()	
- Incerto	()	
b. Se presente ou anormal, este comportamento variou durante a entrevista, isto é, tendeu a surgir e desaparecer ou aumentar e diminuir de gravidade?		
- Sim	()	
- Não	()	
- Incerto	()	
- Não aplicável	()	
3. Pensamento desorganizado		
O pensamento do paciente era desorganizado ou incoerente, com a conversão dispersiva ou irrelevante, fluxo de ideias pouco claro ou ilógico, ou mudança imprevisível do assunto? ()		
4. Alteração do nível de consciência		
a. Em geral, como você classificaria o nível de consciência do paciente?		
- Alerta ()	- Vigilante ()	- Letárgico ()
- Estupor ()	- Coma ()	- Incerto ()

FIQUE ATENTO

O diagnóstico de delirium requer a presença dos critérios 1 e 2 mais critérios 3 ou 4.

Durante a avaliação do paciente, a equipe poderá inicialmente realizar exames complementares, se tiver acesso a eles e julgar necessário para investigar a causa, tais como hemograma completo, glicemia, creatinina, ureia, sódio, potássio, cálcio, exame comum de urina, ECG e raio X de tórax. Na persistência do delirium sem causa aparente, poderá seguir avaliação complementar realizando VDRL, TSH, vitamina B12, ácido fólico e TC de crânio (LICHTENFELS; SANTOS; FERNANDES, 2013; SIMON; EVERITT; VAN DORP, 2013; MILLER 2008).

1.3 Como manejar

A equipe de Atenção Domiciliar deve iniciar o manejo com medidas gerais e farmacológicas com objetivo de estabilizar o paciente e tratar a causa do delirium. São medidas importantes no seu manejo:

Tranquilizar e dar apoio aos familiares/cuidadores, pois a confusão aguda é assustadora para eles.

Comunicar-se de forma clara e calma.

Garantir que o paciente possa visualizar um relógio e um calendário para orientação tempo-espacial.

Contar com a presença de familiares/cuidadores com o paciente.

Ter rotinas de horários e cuidados.

Ambiente silencioso e com boa luminosidade (LICHTENFELS; SANTOS; FERNANDES, 2013; BRASIL, 2013).

Além das medidas gerais adotadas, poderão ser necessárias outras intervenções conforme a causa e a disponibilidade terapêutica do Serviço de Atenção Domiciliar, tais como:

Revisar/modificar os medicamentos utilizados pelo paciente.

Utilizar antibióticos nos casos de infecção.

Reposição de eletrólitos nos casos de distúrbio hidroeletrólítico.

Hidratação parenteral.

Utilizar medicamentos sedativos em quadros de agitação importante (evitar, se possível, devido ao risco de sedação excessiva e ao fato de prolongar o delirium) (EMANUEL; LIBRACH, 2011; LICHTENFELS; SANTOS; FERNANDES, 2013; BRASIL, 2013; MILLER, 2008) (Quadro 5).

Quadro 5 - Medicamentos comumente utilizados no tratamento do delirium.

Medicamento	Dose (mg)	Frequência (h)	Via	Efeitos adversos
Haloperidol	0,5 - 5,0	2 - 12	VO, EV, IM, SC	Extrapiramidais (Tremores, apatia, rigidez, sialorreia)
Risperidona	0,5 - 3,0	2 - 12	VO	Extrapiramidais
Lorazepam	0,5 - 2,0	4 - 12	VO, EV, IM, SL	Reação paradoxal, sedação excessiva
Midazolam	30 - 100	1 - 6	EV, SC	-

1.4 Quando referenciar

São motivos para encaminhar o paciente a uma unidade de emergência:

- Se a causa não estiver clara apesar da investigação realizada no domicílio.
- Se o paciente não estiver respondendo ao manejo adotado.
- Se o paciente vive sozinho.
- Se o cuidador e/ou equipe não estiverem seguros o suficiente para manejar no domicílio.
- Se a causa não puder ser manejada no domicílio devido à sua gravidade ou porque o SAD não possui acesso à terapêutica necessária para o caso.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Caderno de Atenção Domiciliar**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. v. 2. 205 p. Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cad_vol2.pdf>. Acesso em: 4 nov. 2013.

EMANUEL, L. L.; LIBRACH, S. L. **Palliative care: core skills and clinical competencies**. 2. ed. Maryland Heights, MO: Elsevier, Saunders, 2011.

FRANCIS, J.; YOUNG, G. B. **Diagnosis of delirium and confusional states**. 2013. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/diagnosis-of-delirium-and-confusional-states>>. Acesso em: 4 nov. 2013.

_____. **Prevention and treatment of delirium and confusional states**. 2013. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/prevention-and-treatment-of-delirium-and-confusional-states?source=see_link>. Acesso em: 4 nov. 2013.

LESLIE, D. L. et al. Premature death associated with delirium at 1-year follow-up. **Arch Intern Med**. v. 165, n. 14, p. 1657-62, jul. 2005.

LICHTENFELS, P.; SANTOS, M. H. S.; FERNANDES, E. O. O cuidado do paciente idoso. In: DUNCAN, Bruce B. et al. (Org.). **Medicina ambulatorial**: condutas de Atenção Primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 658-659.

MILLER, M. O. Evaluation e management of delirium in hospitalized older patient. **American Family Physician**, v. 78, n. 11, dec. 2008.

SIMON, C.; EVERITT, H.; VAN DORP, F. **Saúde mental**: estados confusionais agudos (delirium): manual de clínica geral de Oxford. Porto Alegre: Artmed, 2013.